

Formulario corto
(Spanish)

Título del estudio:

Se le está solicitando que participe en un estudio de investigación.

Antes de que acepte, el investigador le debe informar acerca de:

- Por qué se hace el estudio.
- Qué sucederá en el estudio y por cuánto tiempo se le pedirá que participe en este.
- Qué procedimientos se le realizarán únicamente porque está participando del estudio.
- Qué riesgos o molestias puede esperar por participar en el estudio.
- Los posibles beneficios para usted u otras personas.
- Las otras opciones que tiene además de participar en el estudio, y
- Cómo se mantendrá privada la información que se obtenga sobre usted en el estudio.

Dependiendo del estudio, el investigador también le debe informar sobre lo siguiente:

- Todo pago o tratamiento médico del que dispondrá si se lesiona en el estudio.
- La posibilidad de que puedan haber riesgos inesperados.
- Cuando el investigador le puede impedir que participe en el estudio.
- Qué sucede si usted decide interrumpir su participación en el estudio.
- Cuando le informarán sobre los hallazgos nuevos que pueden afectar su decisión de continuar participando en el estudio.
- Todos los costos adicionales para usted.
- Cuántas personas participarán en el estudio.

Si este estudio implica el uso de un fármaco o dispositivo médico, una descripción del estudio clínico estará disponible en <http://www.ClinicalTrials.gov>, como lo exige la Ley de Estados Unidos. Este sitio web no incluye información que lo pueda identificar. Como mucho, el sitio web mostrará un resumen de los resultados. Puede hacer búsquedas en este sitio web en cualquier momento.

Usted puede decidir si desea participar en este estudio. Usted puede decidir no participar en este estudio. Si decide participar en este estudio, puede abandonar el estudio en cualquier momento. Independientemente de la decisión que tome, usted no recibirá ninguna sanción. No perderá ninguno de sus beneficios habituales.

Por preguntas, inquietudes o reclamaciones sobre el estudio, puede comunicarse con _____ al _____.

Por preguntas sobre sus derechos como participante de este estudio, puede comunicarse con el Comité de Revisión Institucional (*Institutional Review Board, IRB*) de WMed en el Programa de Protección de Investigación en Seres Humanos (*Human Research Protection Program*) al 1-269-337-4345. Puede llamar a este número para hablar sobre inquietudes o reclamaciones acerca del estudio con una persona que no forme parte del equipo de investigación.

Si se lesiona como resultado de su participación en este estudio, puede comunicarse con _____ al _____.



Formulario corto
(Spanish)

La firma de este formulario significa que se le describió el estudio oralmente. Debe tener la oportunidad de hacer preguntas. Antes de decidir participar en el estudio, todas sus preguntas deben ser respondidas.

Sabe qué se le realizará como parte de este estudio. También conoce las posibles cosas buenas y malas (beneficios y riesgos) que podrían suceder si participa en este estudio. Usted decide si participa en este estudio. Sabe que puede interrumpir su participación en el estudio en cualquier momento e incluso así recibirá la atención médica habitual.

No está renunciando a ninguno de sus derechos legales al firmar este formulario. Recibirá una copia de este formulario. También recibirá un resumen escrito del estudio.

Nombre del sujeto en letras de imprenta

Firma del sujeto

Fecha y hora a. m./p. m.

Nombre del testigo en letras de imprenta

Firma del testigo (requerido)

Fecha y hora a. m./p. m.

Nombre del intérprete en letra de imprenta

Fecha y hora a. m./p. m.